



CENTRE DE FORMATION DES PROFESSIONS DE SANTE  
N° déclaration existence : 82 38 P2339 38 – SIRET : 263 800 302  
000 14 – APE : 8610Z

## BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner à l'adresse mail suivante :

**CHU FORMATEUR**

**chugformateur@chu-grenoble.fr**

Numéro de dossier :

Dates de la formation :

Intitulé de la formation :

### INSCRIPTION INDIVIDUELLE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP/Ville :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse électronique :

### MODALITES DE PAIEMENT

**Paiement unique** : à réception du titre de recette et de la facture, le paiement sera à adresser au Trésor Public du CHU Grenoble Alpes. Une quittance vous parviendra sous 15 jours.

**Des facilités de paiement pourront être mise en place avec la Trésorerie au moment de la réception du titre de recette.**

**Vous êtes :**  
**Libéral(e)**

Infirmier(e)  
Rééducateur  
Médecin  
Autre :

**Salarié(e) non pris en charge par son employeur**

**Demandeur d'emploi**

**Autre :**

### OBJECTIFS DE LA FORMATION :

Les objectifs de la formation énoncés dans le programme correspondent-ils à votre besoin ?

☐ OUI

☐ NON

Commentaires :

### SITUATION DE HANDICAP :

Avez-vous besoin d'aménagement spécifique (rythme, accessibilité, contenu etc...)?

Date et signature :